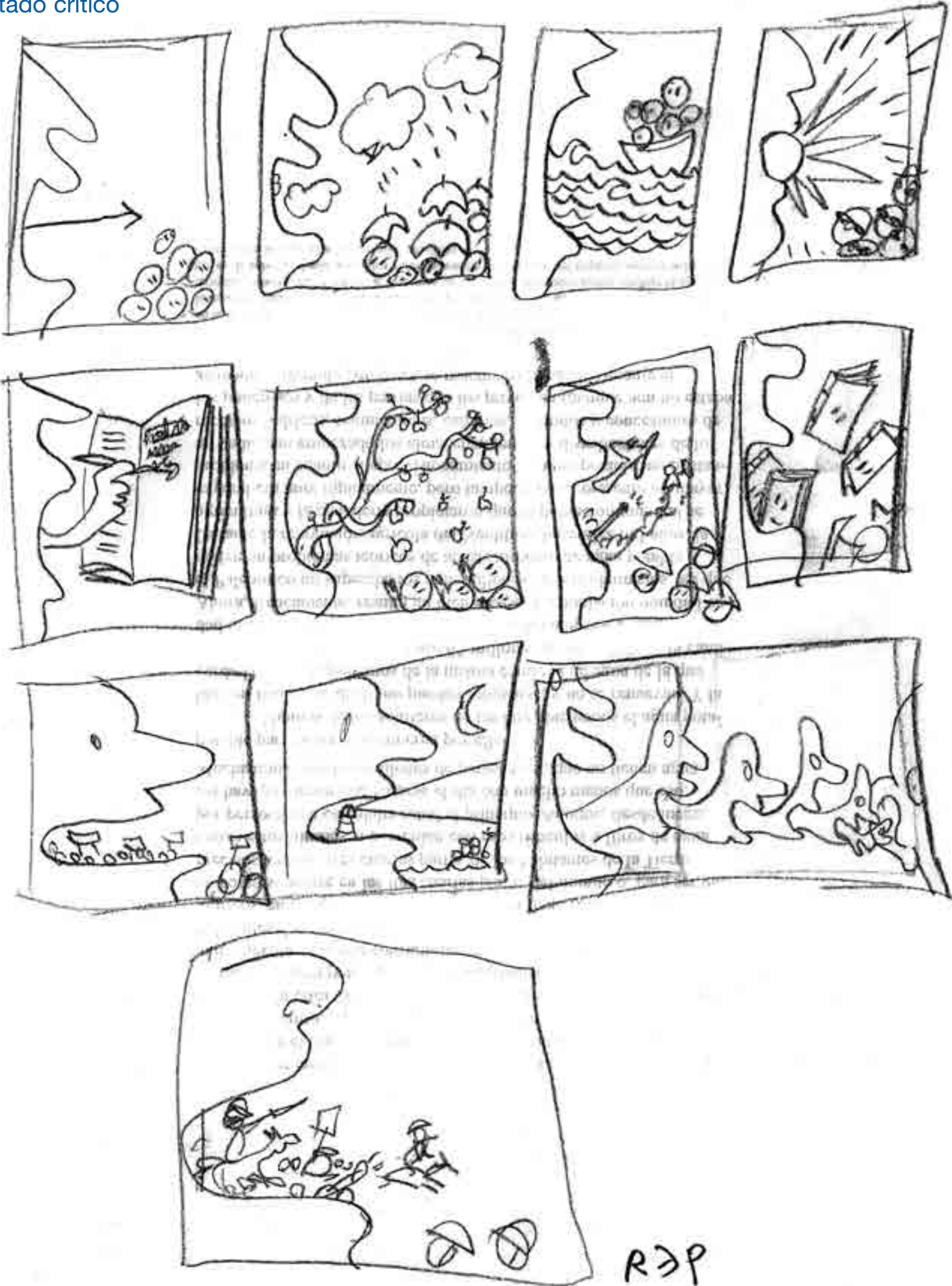


## 12

En estado crítico



RDP

La última dictadura militar y el desguace del Estado en la década de 1990 dejaron una enorme brecha entre lo que hay que hacer y lo que efectivamente se hace en materia de salud mental. ¿Qué dice la nueva ley al respecto?

# Problemáticas de salud mental en la Argentina

Por Vicente Galli

Ex director nacional de Salud Mental (1984 a 1989). Prof. Tit. Depto. Salud Mental, Fac. Medicina - UBA (1987 a 2004).

## Necesidades y deudas

Observando las necesidades de atención poblacionales por sufrimientos o situaciones de riesgo vinculados con la salud mental, se hacen evidentes deudas muy crueles. La mayoría de las personas con esas necesidades no recibe ningún tipo de asistencia ni en los momentos iniciales de crisis ni en las evoluciones posteriores en sus procesos de padecer, observándose que entre las que consultan muchas no reciben las ayudas más adecuadas y, cuando esto sucede, a la mayoría no se le mantiene ni durante el tiempo ni con las modalidades necesarias para sostener buenas evoluciones posteriores.

Tomando en cuenta y sintetizando los datos estadísticos realizados con las clasificaciones psiquiátricas en uso por la Organización Mundial de la Salud (OMS), los porcentajes de personas que no reciben ningún tipo de asistencia aun con trastornos mentales importantes y reconocibles para esas clasificaciones están alrededor del 50 por ciento (psicosis, trastornos de ansiedad generalizada, intentos de suicidio, alcoholismo, abusos de sustancias legales o ilegales). Si se amplía la observación considerando que antes de arribar a dimensiones tan evidentes de trastornos clasificables esas personas ya tenían padecimientos o los habían tenido en crisis previas que podrían haber sido atendidas –lo que también ocurre a muchos otros que sin llegar a esos desarrollos de trastornos mayores sufren mucho y se van dañando sin saberlo–, el porcentaje de los que deberían ser atendidos y no lo son es notablemente mayor. Si ahora ampliamos más la perspectiva e incluimos áreas de problemas específicos y/o factores de riesgo para la salud mental para los que se disponen de habilidades y dispositivos posibles para encararlos y prevenir incrementos de problemas, la brecha entre lo que hay que hacer y lo que se realiza aparece más cercana a su inmensa magnitud real.

La percepción dolorosa del problema se incrementa cuando se toma en cuenta que en nuestro país existe un número suficiente de profesionales y técnicos que podrían dar respuestas mucho mejores si estuvieran mejor distribuidas sus áreas y las cualidades y calidades de sus prácticas.

## Particularidades regionales y epocales

Las necesidades y deudas mencionadas son compartidas por todos los países, aunque hay diferencias entre ellos en las maneras en que se las ha ve-

nido encarando desde la segunda mitad del siglo XX, época en la que se comenzaron a desarrollar las concepciones del campo de la salud mental que planteaban caminos distintos para buscar soluciones a aquello en lo que se demostró que los manicomios y la cultura manicomial trasegada desde ellos en múltiples instituciones no sólo resulta insuficiente sino que fracasaba y dañaba. Las diferencias entre los países dependen de las posibilidades distintas que tuvieron para sostener el desarrollo, la expansión y enriquecimiento de las experiencias de salud mental según sus historias políticas globales y de salud en particular. En el nuestro, con desarrollos pioneros en América latina desde fines de los '50 y los '60 del siglo pasado, interrumpidas brutalmente por el proceso genocida de reorganización nacional, y los del '84-'89, interrumpidos por el desguace del Estado con arrasamiento de políticas sociales, realizados en democracia formal durante la década de los '90, los efectos –compartidos con otros muchos desarrollos institucionales y culturales progresistas– fueron no sólo de interrupción de lo que se venía haciendo, sino de incremento de daños poblacionales y banalización descalificadora de terminologías y de funcionamientos en dispositivos para buenas prácticas en salud mental, aunque siempre se mantu-

**La percepción dolorosa del problema se incrementa cuando se toma en cuenta que en nuestro país existe un número suficiente de profesionales y técnicos que podrían dar respuestas mucho mejores, si estuvieran mejor distribuidas sus áreas y las cualidades y calidades de sus prácticas.**

vieron algunos espacios importantes de ellas en el sector público, a veces sólo fragmentos; tanto como bolsones de buenas prácticas refugiadas en organizaciones y líneas de trabajo por fuera del sistema de atención estatal y, también, en el tenaz accionar de las organizaciones defensoras de los derechos humanos.

Cabe destacar que en los desarrollos de los '50-'60 y '84-'89 los avances en salud mental se desplegaron en contextos históricos estimulantes y facilitadores –aun oscilando entre golpes militares y gobiernos democráticos de sustentaciones precarias– a partir de políticas estatales y el despliegue creativo de líderes en salud mental que cuestionaban el orden manicomial, creando alternativas con producciones institucionales que, con resultados sólidos, ejemplificaron y demostraron que eran posibles otros caminos. En los avances desde el '83 al '89, en el retorno a la democracia luego del terrorismo de Estado y sus efectos devastadores, salud mental fue caracterizada por el gobierno nacional como una **política prioritaria en salud** –la

que fue avalada y asumida por todas las provincias– por entender que los efectos del Proceso de Reorganización Nacional dejaban consecuencias directas del genocidio en las víctimas directas y en el tejido social, más las catástrofes de valores, organizaciones e instituciones formales y de base, con evidentes daños sobre la calidad de salud mental colectiva y sobre los sistemas de atención y rehabilitación. Esto dio comienzo a un fecundo proceso de transformaciones piloteado conjuntamente entre los responsables de conducción de salud mental de Nación y de las provincias.

## Principios del siglo XXI

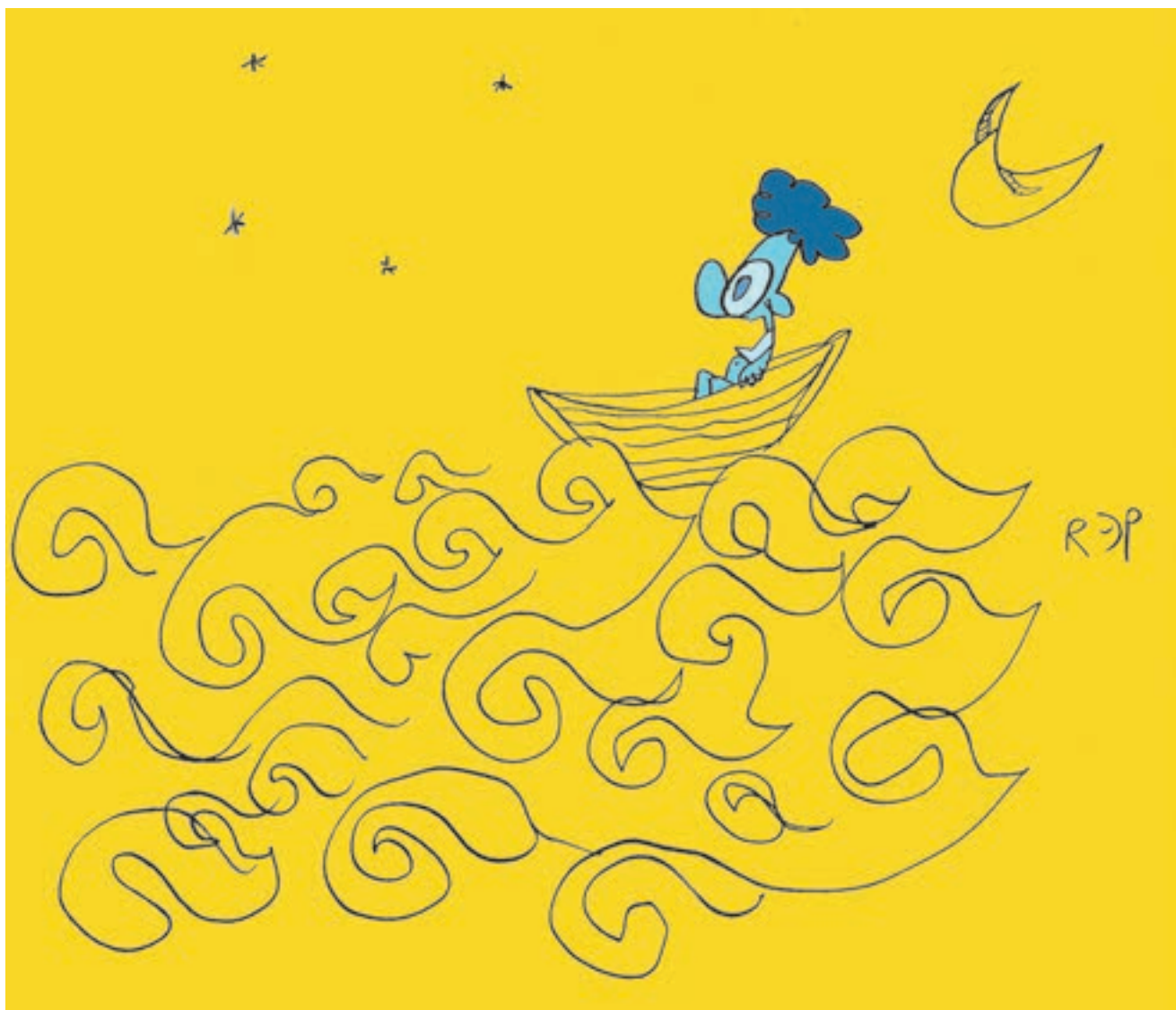
Después del arrasamiento de los '90 y de la crisis del 2000 y 2001, en el 2003 el Gobierno produjo condiciones para ir recuperando el rol rector del Estado marcando políticas y estrategias con decisiones más autónomas. Junto con el crecimiento de conflictividades manifiestas se comenzó la recuperación del debate político, simultáneamente con cambios sustanciales en cuestiones vinculadas a temas nucleares en justicia y derechos humanos, economía, educación y cultura, ciencia y tecnología, medios de comunicación y otros varios.

En salud hay moras en asuntos estructurales que se supone deberían liderarse desde los ministerios

de Salud, aunque se hayan realizado algunas modificaciones significativas y se aproximen sanciones legislativas de leyes importantes como las de regulación de medicina prepaga y la de fabricación nacional de medicamentos. No es ajena a esta mora la intensificada valoración de la atención de las enfermedades como mercancía en disputa para la producción de rentas financieras para diversas corporaciones que medran manteniendo la permanencia de sus posiciones en ese mercado.

Por lo cual aparece comprensible que el imprescindible relanzamiento de salud mental provenga de los poderes legislativos, de organismos de la Justicia y, en lo que respecta al Poder Ejecutivo Nacional, de la Jefatura de Gabinete de Ministros por sí misma y apoyando a la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación, contando con el apoyo y participación de organizaciones defensoras de derechos humanos, asociaciones de profesionales de disciplinas vinculadas al campo de la salud mental, grupos de profesionales y de técnicos de ese





campo, y organizaciones no gubernamentales de usuarios y familiares.

Para las políticas de salud mental se mantiene permanencia de objetivos y formulaciones fundacionales, enriquecida con los avances en las experiencias de sus realizaciones y del afinamiento conceptual y doctrinario en las varias disciplinas y perspectivas que se integran en el campo de la salud mental. Entre ellas, las que han tenido un significativo desarrollo en estas décadas son las que vienen impulsadas por las jurisprudencias y las políticas que tienen que ver con los derechos humanos y sociales. Si bien desde los principios de salud mental se denunciaba y luchaba contra la segregación y la violencia ejercida sobre los “locos” y sus familias, o sobre las personas alcohólicas o con problemas de drogas, es simultáneamente con el incremento mundial y nacional de las luchas por esos derechos que se comienza a visibilizar las problemáticas del sufrimiento mental y sus maneras culturales de trato inhumano como un problema que necesariamente debe ser visibilizado como violación a derechos fundamentales. Con lo que se fueron produciendo marcos legales en consonancia con numerosos principios, acuerdos, declaraciones internacionales y recomendaciones de organismos internacionales, a los que nuestro país adhirió y que en algunos casos colaboró en redactar, comprometiéndose a utilizarlos como orientadores para la planificación de políticas públicas.

Es así como a fin del año 2010 el Congreso de la Nación aprobó con el N° 26.657 la Ley Nacional de Salud Mental, que por las características técnicas de promulgación y de unanimidades en ambas cámaras, aun reconociendo la organización federal del Estado, no necesita ser aprobada por los parlamentos provinciales, lo que la hace de aplicación inmediata en todo el país. Producto del trabajo colectivo en debates y aportes de muchos actores sociales, aprovechando y comparando experiencias en curso, con otras que quedaron trunca y otras que están comenzando; decantando años de recorridos y evaluando los principales obstáculos; también tomando referencia en legislaciones internacionales y provinciales de los últimos veinte años, la ley del Congreso de la Nación queda estratégicamente ubicada como faro y mandato para las políticas públicas sociales, de salud y de salud mental como uno de sus componentes. Instaurar por ley nacional los valores y principios de la salud mental era una necesidad, como lo han sido, y vienen dando resultados, a veces muy lentamente, otras leyes fundamentales que en estos años permitieron abrir cuestiones que aparecían muy cerradas por

los efectos del genocidio y del neoliberalismo, tanto en el imaginario social como en concepciones sobre la vida. Ahora están vivamente planteadas y se hacen más visibles las brutales contradicciones en el escenario social, con sus luchas de poderes, sus negociaciones y sus distintos escalones de resultados actuales y de perspectivas de continuidad de evoluciones necesariamente sostenidas con conflictos y oscilaciones.

### Valores, campo y estrategias en salud mental. Caminos de soluciones posibles

Las crueles deudas señaladas al principio son de imposible solución con las orientaciones y doctrinas vigentes en los sistemas públicos de atención para las problemáticas de salud mental poblacionales, aunque haya focos de trabajos encomiables. Lo mismo pasa en los sistemas asistenciales de obras sociales y en los de las de medicina prepaga.

Como las definiciones y contenidos de la ley 26.657 dan fuerza de ley a valores y objetivos que desde un principio eran los del campo de la salud mental, marcar algunas correlaciones entre ellas puede servir de estratégica articulación para entrever posiciones conceptuales y prácticas posibles como caminos de solución. También para entender las dimensiones pasionales y las luchas de poderes que se juegan, por las irradiaciones sociales e institucionales de las cultura manicomial y de las prácticas derivadas de ellas.

En el texto de la ley, en su artículo tercero, “se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramientos implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de las personas”. Definición compartible con la de la salud colectiva, si se considera salud como un proceso dinámico, de interacciones entre las complejidades constitutivas de lo humano. Componentes que diversas disciplinas tienen como objeto de es-

tudio propio, que deben también interaccionar entre ellas para dar cuenta de esas complejidades; y que a la hora de las implementaciones y análisis de prácticas y dispositivos sólo se pueden reunir artesanalmente. En esas definiciones aparecen valores que hacen a la concepción de calidad de vida mental vinculadas a la construcción social y participativa del trabajo compartido para responsabilizarse individual y colectivamente en los conflictos del vivir humano, lo que no significa no tener conflictos o síntomas.

En ninguna parte del texto de la ley se habla de enfermedad mental, sino de “personas con padecimiento mental”. No se habla de tratamientos sino de “procesos de atención”. Se hace necesario entonces recordar y comparar esta experiencia con el supuesto ideológico e institucionalizante de la psiquiatría, de haber separado un objeto ficticio, “la enfermedad”, de la existencia global de los pacientes y del tejido histórico-social en el que advinieron personas y en el que surgieron sus problemas. Sobre esa separación, convertida en observación “natural” por el orden médico ligado a los poderes culturales dominantes, se construyó un conjunto de dispositivos, aparatos ideológicos, científicos, legislativos y administrativos, todos referidos a la “enfermedad mental”, que son, justamente, todas las institucionalizaciones culturales sobre ella, que abarcan mucho más que la existencia misma de los manicomios, y entre las que tiene un lugar “privilegiado” la cultura de acallar o hacer desaparecer los síntomas de las personas y/o encerrar a las personas que los portan, más que entenderlos como clamores, buscar causas más allá de las de la encerrante acusación de anormalidad o alienación personal, o en la biología o en los prejuicios. Cuando los que postulan las políticas de salud mental hablan de “desinstitucionalización” se refieren a la tarea de deconstruir esas producciones institucionales existentes y las que constituyen los imaginarios compartidos culturalmente que van más allá de los manicomios reales, llegando a to-

dos los prejuicios y descalificaciones sobre los que no coinciden con las normas. Deconstrucción y creación a partir de generar experiencias alternativas que se van convirtiendo en nuevos dispositivos e instituciones en constante transformación; pasar de la tutela, la punición y/o la exclusión al “hacerse cargo” de las complejidades en juego en cada situación particular; buscar comprender y ayudar a entender, a crear redes donde existe desolación, para descubrir o inventar sentidos y recuperar o lograr un lugar en el mundo para los que están aislados en el propio dolor, apareciendo éste de las múltiples maneras en las que puede expresarse, que es a lo que llamamos síntomas.

El mismo artículo tercero señala que se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas y que no se puede hacer diagnósticos en el campo de la salud mental con base exclusiva en rasgos aislados como estatus; demandas familiares; adecuación a valores morales, sociales, cul-

La interdisciplinariedad es uno de los aspectos más resistidos por la corporación médica y las perspectivas judiciales centradas en la tutela y en el control de la “peligrosidad” de “los enfermos”. Es evidente que las responsabilidades interdisciplinarias no ponen en juego las incumbencias pero sí las hegemonías de algunas profesiones, no borran las especificidades ni diluyen responsabilidades, sino que suman aportes con perspectivas integradoras que permiten atender servicios y sostener dispositivos durante día y noche, en la multiplicidad de formas de atención que se necesitan para lograr recuperaciones sostenibles. En esas formas de atención, imprescindiblemente también, deben ser reconocidos, aceptados y estimulados los recursos sociales y culturales que se puedan convocar, incluyendo el protagonismo de los familiares y vecinos. En estas tramas se entiende por equipos interdisciplinarios a formas de agrupamiento que potencian las capacidades y habilidades, enriqueciéndose con otras disciplinas y también “saberes no disciplinables”, socializando conocimientos para llegar a las mejores destrezas posibles para atender a las personas y movilizar sus propios recursos.

Siguiendo ahora con los contenidos de la ley, se destaca que luego de las definiciones-marco hay precisiones sobre aspectos muy importantes sobre derechos de las personas con padecimientos mentales, que también incluyen los cuidados a tener con las medicaciones psicofarmacológicas.

Sobre las internaciones el articulado es largo, porque se hace necesario legislar deconstruyendo muchos años de legislaciones y prácticas de orientación manicomial. Prohíbe la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalente, sean públicos o privados. Promueve, cuando sea necesaria y se hayan rebasado las posibilidades de atención en terreno, la internación en hospitales generales; acentúa la necesidad de cuidado en las maneras de las derivaciones y de los seguimientos de las personas que necesiten continuidad de cuida-

dos luego de la disminución de los síntomas que generaron la atención.

En el art. 11° la ley marca la necesidad de coordinación de las autoridades de salud de cada jurisdicción con las áreas de educación, desarrollo social y trabajo, para que implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria, marcando que se deben desarrollar dispositivos tales como consultas ambulatorias, servicios de inclusión social y laboral para después del alta institucional, atención domiciliaria supervisada y apoyo a los grupos familiares y comunitarios, servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo y centros de capacitación socio-laboral. También emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.

De todas esas acciones y dispositivos hubo y hay experiencias en el país. Ahora pasan a ser las prioritariamente valoradas por el marco legal.

Es por estos caminos que se pueden ir produciendo soluciones a lo planteado al principio como necesidades y deudas. En la actualidad, bastante más de la mitad de los presupuestos en salud mental se gasta en los hospitales monovalentes, que sólo encaran el uno por ciento de las necesidades de atención poblacional. Por supuesto que en el proceso de transformación se debe cuidar de los internados crónicos y sin posibilidades –aparentes– de socialización, pero hay muchas maneras de darles albergue en escala humana y digna, respetando realmente sus derechos de ciudadanía y con mucho menos costo. Como también hay muchas maneras de mantener puestos de trabajo para todas las personas que se desempeñan en esos hospitales, redistribuidos y adecuadamente actualizados en su capacitación para hacerlo de otras maneras, lo que seguramente va a favorecer también a sus propias calidades de salud mental.

<http://www.vocesenelfenix.com>  
<https://www.facebook.com/vocesenelfenix>  
<https://twitter.com/vocesenelfenix>

### En la actualidad bastante más de la mitad de los presupuestos en salud mental se gasta en los hospitales monovalentes, que sólo encaran el uno por ciento de las necesidades de atención poblacional.

turales, políticos o religiosos; elección o identidad sexual, o antecedentes de tratamientos o internación. En el artículo cuarto incluye a las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, en ser sujetos de todos los derechos en relación con los servicios de salud, lo que se sabe que predominantemente no viene pasando.

Otros puntos de coincidencia con formulaciones fundacionales de la salud mental (arts. 8° y 9°) son la promoción para los procesos de atención de los abordajes interdisciplinarios integrados por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados para la atención en salud mental, por fuera del ámbito de internación hospitalario monovalente (manicomios), basado en los principios de la atención primaria de la salud, orientándose al reforzamiento, restitución y promoción de los lazos sociales.

Los artículos firmados expresan las opiniones de los autores y no reflejan necesariamente la opinión del Plan Fénix, la Universidad de Buenos Aires, ni **Página12**

### Número 7 de Voces en el Fénix - julio 2011

Editorial: Un bien público insustituible: La salud colectiva.  
**Abraham Leonardo Gak**

1.- Sobre la salud colectiva  
**José Carlos Escudero**

2.- Afán de lucro y sanidad  
**Vicenç Navarro**

3.- Los proyectos de Salud en América Latina. Dos visiones, dos prácticas  
**Asa Cristina Laurell**

4.- Organismos internacionales de salud y la Argentina  
**Mario Rovere**

5.- De la salud pública a la salud colectiva  
**Diego Armus**

6.- Perfil epidemiológico de la Argentina  
**Susan López**

7.- Problemáticas de salud mental en la Argentina  
**Vicente Galli**

8.- Consecuencias del ajuste en la alimentación  
**Patricia Aguirre**

9.- Desafíos del Sistema de Salud argentino  
**Daniel Maceira**

10.- Obras sociales en la Argentina. Un sintético relato histórico  
**Francisco Leone**

11.- Infancia y derecho a la salud  
**Virginia López Casariego**

12.- Los servicios integrales para las personas mayores dependientes  
**Nélida Redondo**

13.- Genética, salud y derechos humanos  
**Víctor Penschaszadeh**

14.- La salud bucal parte de la salud colectiva  
**Alejandro Dávila**

15.- Medios de comunicación y salud. Construir una democracia saludable  
**Marcos Ordóñez y Laura Saiz**

16.- Reflexiones en torno a una política racional de medicamentos  
**Horacio Barri**

17.- La producción estatal de medicamentos en la Argentina  
**Martín Isturiz**

18.- Acerca de la formación de recursos humanos en salud  
**Mónica Abramzón**

#### Reportajes audiovisuales

**Cooperanza**  
 Hospital José T. Borda

**Alcira Escandar**  
 Hospital Diego Paroissien (La Matanza)

**José Gazpio**  
 Centro Comunitario de Promoción de la Salud (Barrio Rivadavia)